

женной фоточувствительностью и наличием эритематозных очагов с шелушением в области лба и щёк, незначительным повышением содержания ЦИК в сыворотке крови, снижением содержания Т-лимфоцитов и иммунорегуляторного индекса в иммунологическом анализе крови, проведены три 20-дневных курса лечения плаквенилом по 2 таблетки в день с 10-дневными перерывами. По окончании цикла лечения регрессировала пустулизация, сохранялись отдельные мелкие бледные эритематозные очаги. Системных побочных реакций не отмечено. Лабораторные исследования крови и мочи в период лечения оставались нормальными. При динамическом наблюдении в течение 3 лет, в том числе в летний период, воспалительные и атрофические явления на коже не определяются.

Выводы.

У наблюдаемой пациентки проводился дифференциальный диагноз между розацеа и хронической красной волчанкой лица. Диагноз розацеа установлен на основании стойкой пустулизации, отсутствия атрофии в очагах, клинических симптомов фолликулярного кератоза, ассоциации с наличием клеща *Demodex*, хеликобактерной инфекции желудка. В то же время клинические и лабораторные данные при отсутствии диагностической биопсии кожи не позволяли достоверно исключить наличие у больной хронической красной волчанки и, в частности, центробежной эритемы Биетта, что явилось аргументом в пользу препарата из группы аминокислот, которые являются основными в терапии хронической красной волчанки, обладают фотозащитным, иммунодепрессивным действием, подавляя реакции об-

разования антител и иммунных комплексов, предупреждая полимеризацию нуклеиновых кислот, трансформацию лимфоцитов, связывание ядерных белков. Они оказывают противовоспалительное действие путём стабилизации лизосом, нарушения синтеза простагландинов, подавления реакции гидролитических ферментов, блокирования хемотаксиса, антигистаминного эффекта [4]. Данный клинический случай демонстрирует эффективность и обоснованность применения иммуносупрессивной терапии при резистентной розацеа.

Литература:

1. Адаскевич, В.П. Акне вульгарные и розовые / В.П.Адаскевич. - М.: Мед. книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2005. - С. 121-153.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний: пер. с англ. / под ред. А.Д. Кацамба, Т. М. Лотти. - М.: МЕДпресс-информ. 2008. - С. 434-439.
3. Кожные и венерические болезни: справочник / под ред. О.Л. Иванова. - М.: Медицина, 1997. - С. 246-249.
4. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путём: рук. для практ. врачей / А.А. Кубанова [и др.]; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. - М.: Литера, 2005. - С. 387-390.
5. Дерматология атлас-справочник / Т. Фицпатрик [и др.]. - М.: "ПРАКТИКА", 1999. - С. 460-465.
6. Хэбиф, Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение: пер с англ. / П. Т. Хэбиф; под общ. ред. А.А. Кубановой. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 672 с.: ил.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОЖНОГО ЗУДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗАХ

Катина М.А.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Зуд кожи при кожных заболеваниях является самым часто встречающимся субъективным симптомом, причиняющий наибольшие страдания пациенту. Поскольку данный симптом не угрожает жизни пациента, врачи нередко относятся недостаточно внимательно к его качественной оценке и терапии. Оценка тяжести зуда с учетом сенсорных и эмоциональных характеристик зуда важно для наглядного отражения степени страдания больного с последующим определением тактики лечения и оценки эффективности проводимой терапии [2,3].

Цель исследования. Изучение клинической, сенсорной и эмоциональной характеристик зуда кожи у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кожи: псориазом, атопическим дерматитом (АД), красным плоским лишаем, экземой, нейродермитом, чесотке.

Материал и методы исследования. Обследование пациентов включало оценку клинических характеристик зуда: начало возникновения зуда; периодичность зуда; факторы, провоцирующие и ослабляющие зуд; влияние зуда на поведение. Оценка тяжести зуда по балльной шкале: клиническая оценка тяжести зуда; влияние

зуда на сон, визуальная аналоговая шкала, оценка сенсорных и аффективных величин зуда, [1]. Тяжесть клинического течения кожных заболеваний оценивалось с использованием индексов: PASI, SCORAD, EASI.

Результаты и обсуждение. Обследовано 130 пациентов. В группе больных красным плоским лишаем (КПЛ): 27 пациентов (20 женщин и 7 мужчин). У 14 пациентов выявлялся распространенный красный плоский лишай, у 5 - красный плоский лишай распространенный в сочетании с поражением слизистой оболочки рта, у 5 - веррукозная форма КПЛ, у 1-го пациента - кольцевидная форма КПЛ, также у 2 пациенток - пигментная форма заболевания без зуда. Возраст пациентов - от 16 до 79 лет ($45,2 \pm 20$). Длительность заболевания от 1 месяца до 35 лет ($3,1 \pm 8$). В группе больных атопическим дерматитом: 26 пациентов (15 женщин и 11 мужчин). У всех обследованных пациентов поражения кожи носили распространенный характер (у 10 пациентов - эритематозно-сквамозная форма, у 16 - эритематозно-сквамозная с лихенификацией форма). Возраст пациентов - от 6 до 36 лет ($20,6 \pm 6$). В группе больных экземой ($n = 31$): 8

Таблица 1 - Клинические характеристики зуда у больных хроническими дерматозами

Дерматозы	VAS	ПТЗ	КОЗ	Влияние зуда на сон	Эмоциональные характеристики	Сенсорные характеристики
Экзема (n=31)	11,4±4	16,5±11	10,6±2	1,67±1,35	9,4±7	6,9±4,8
АД (n=26)	13,4±3,7	24±11,5	10±1,7	2,5±1,8	13,6±6	10,4
КПЛ (n=27)	15±3,8	28,13±9	10,6±2	2,5±1,8	15,6±6	11,3±2
Нейродермит (n=26)	15±3,3	25±7	11,2±2	3,4±2,2	14,4±6	10,4±3
Почесуха (n=20)	16±3	30±9	13±1	2,9±3	17,2±2	10,2±3
Псориаз (n=31)	12,3±5	18,8±9,6	9±3,5	2±2,2	10,7±5	8,4±4,1

Таблица 2 - Коррелятивные связи между показателями зуда и особенностями течения дерматозов

Дерматозы	Коррелятивная связь между показателями			
	r = (VAS и EASI, SCORAD, PASI)	r = длит. заб./VAS	r = VAS/S поражения	r = VAS/ПТЗ
Экзема	0,6	0,1	0,5	0,62
АТ	0,35	0,02	0,3	0,3
КПЛ	0,5	0,1	0,1	0,56
Нейродермит	0,4	0,01	0,4	0,6
Почесуха	0,03	-0,06	0,26	0,6
Псориаз	0,68	0,32	0,4	0,5

Таблица 3 - Факторы, отягощающие зуд, при различных дерматозах

Дерматоз	Факторы								
	Пот	Трение	Одежда	Контакт с водой	Покой	Сухость кожи	Стресс	Пища	Расчесывание
Экзема	30%	21%	35%	60%	40%	15%	8%	0%	35%
АТ	30%	23%	60%	40%	40%	70%	60%	60%	26%
КПЛ	30%	41,2%	18%	60%	40%	11%	18%	11%	18%
Нейродермит	42%	33%	15%	26%	10%	55%	26%	7%	12%
Почесуха	10%	15%	40%	10%	20%	0%	20%	0%	10%

Таблица 4 - Факторы, облегчающие зуд, при различных дерматозах

Дерматоз	Факторы					
	Горячий душ	Холод	Расчесывание	Местные стероиды	Повседневные занятия	Теплый душ
Экзема	8%	15%	30%	40%	70%	0
АТ	15%	15%	27%	50%	92%	0%
КПЛ	0	18%	22%	18%	80%	3%
Нейродермит	0	15%	30%	15%	95%	15%
Почесуха	20%	15%	40%	10%	85%	30%

женщин и 23 мужчины. Клинические формы заболевания были представлены: дисгидротическая экзема - у 3 пациентов, микробная экзема - у 28 человек, из последних: у 3 пациентов - нумулярная экзема, у 4 - паратравматическая экзема; у 9 человек - экзема с вовлечением только кожи кистей и стоп, у остальных 22 пациентов поражения кожи носили распространенный характер. Возраст пациентов - от 13 до 80 лет (39±17). Длительность заболевания от 3-х дней до 20 лет (4,3±5). В группе больных нейродермитом 26 пациентов в возрасте от 16 до 80 лет (42±18). Ограниченный нейродермит был установлен у 10 пациентов, у остальных - распространенная форма заболевания. Длительность заболевания от 1 месяца до 20 лет (6,6±8). В группе больных почесухой 20 пациентов в возрасте от 22 до 77 лет (57±15). Длительность заболевания - 3,8±5 лет.

Большинство пациентов (91%) отмечали периодический зуд в течение суток, и 65% - усиление зуда вечером и ночью. Расчесывание описывается 23% пациентов, как усугубляющий ощущение зуда фактор (порочный круг зуд-расчесывание-зуд) и 28% - как облегчающий зуд фактор. Наиболее часто встречаемыми характеристиками зуда у всех больных явились: сенсорные - ноющий (60%), жгучий (60%), щекочущий (55%), периодический (85%), постепенно нарастающий (65%); из эмоциональных - раздражающий (90%), надоедливый (80%), беспокоящий (85%).

75% обследованных пациентов применяли антигистаминные препараты (50% из них применяли в анамнезе различные антигистаминные препараты). Симптомы зуда купировались только в 27% случаев. В 72% случаях зуд купировался не полностью: из них в 45% - с

незначительным эффектом и без эффекта, действие антигистаминных препаратов носило кратковременный характер, что говорит об их ограниченной эффективности в подавлении зуда у больных с распространенными формами хронических зудящих дерматозов. Применение комплексного лечения в стационаре значительно уменьшало зуд при регрессе патологических явлений на коже, что говорит о взаимосвязи зуда с воспалительными процессами в коже

Выводы.

1. В группе пациентов с КПЛ, почесухой и нейродермитом выявлены самые высокие показатели тяжести зуда по шкале VAS, соответствующие тяжелой степени зуда (более 15 баллов); у пациентов с АД, экземой и псориазом зуд относится к средней степени тяжести (10-15 баллов).

2. Наиболее тяжелый зуд по шкале VAS отмечается у пациентов с почесухой (16 ± 3), наиболее слабый зуд - у больных с экземой ($11,4 \pm 4$) ($p < 0,05$).

3. Наибольшее влияние зуда на сон выявлено у пациентов с нейродермитом.

4. Наиболее тяжелое сенсорно-эмоциональное восприятие зуда отмечается у пациентов с почесухой (30 ± 9), что соответствует очень тяжелой степени.

5. У всех пациентов преобладали показатели эмоциональной сферы, более выраженные у пациентов с почесухой и КПЛ, что указывает на необходимость консультации психотерапевта таких пациентов с включением в комплекс лечения психотропных препаратов.

6. Отмечено отсутствие коррелятивной связи между тяжестью заболевания и тяжестью зуда у больных почесухой и нейродермитом, что подчеркивает тяжесть симптома зуда у пациентов с данными дерматозами, наибольшая подобная корреляция прослеживается у больных псориазом. Ни в одной группе больных не установлена зависимость тяжести зуда от длительности заболевания. Зависимость зуда от площади поражения значима в группе больных с экземой, у остальных пациентов

такой связи нет или очень низкая. В группе больных с АД нет корреляции между интенсивностью зуда и профилем зуда ($r = 0,3$), у остальных пациентов отмечается умеренно выраженная коррелятивная связь между (r от 0,5-0,6), что указывает на необходимость индивидуального подхода к назначению противозудной терапии в данной группе пациентов с учетом их психологических особенностей.

7. В группе больных псориазом тяжесть зуда (шкала VAS и КОЗ) соответствуют средней степени тяжести и выше, чем у больных с экземой. Симптом зуда при псориазе приобретает более постоянный характер, что требует обязательного назначения антигистаминных препаратов.

8. У больных нейродермитом (55%), атопическим дерматитом (70%) провоцирующим зуд фактором является сухость кожи, что требует базисного применения увлажняющих средств и для купирования зуда.

9. Учитывая относительно низкую эффективность монотерапии антигистаминными препаратами в отношении купирования зуда, необходимо применять их в составе комплексного лечения, соответственно нозологической единицы, подбирать длительность терапии в соответствии с купированием симптома зуда (переход с инъекционных форм на пероральный прием, чередовать антигистаминные препараты 1-го и 2-го).

Литература:

1. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич. - М.: Мед. книга, 2004. - 164 с.
2. Довжанский, С. И. Зуд кожи / С. И. Довжанский // Рос. журн. кожных и венер. болезней. - Ч. II. Лечение. - 2007. - № 5. - С. 40-43.
3. Чебуркин, А.А. Зуд: симптом, синдром, болезнь / А.А. Чебуркин // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2006. - № 2. - С. 1-8.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ФИТОБАЛЬНЕОТЕРАПИИ И КУРСА ИНЪЕКЦИЙ ДАЛТЕПАРИНА НАТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОБЫКНОВЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

Козина Ю.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Идеальные терапевтические агенты при псориазе не должны оказывать мощное супрессирующее действие на иммуно-патогенетические звенья гомеостаза [1]. Рекомендуется шире включать при лечении и реабилитации пациентов с псориазом доступные методы фитолечения, бальнеотерапии и физиологичные медикаментозные средства [2, 3, 4].

Целью настоящего исследования явилось изучение экономической эффективности и ближайших результатов фито- бальнеотерапии с изделиями из бурых морских водорослей и курса инъекций низкомолекулярного гепарина (далтепарина натрия) у пациентов с распространенным торпидным обыкновенным псориазом, про-

шедших указанные виды лечения в кожном отделении ВОККВД.

Материал и методы. Ближайшие результаты лечения оценивали в течение полугода у пациентов, прошедших курс фито-бальнеотерапии ($n=42$), курс инъекций далтепарина натрия ($n=33$) и традиционной терапии ($n=29$). Для определения их медицинской эффективности исследовали статистическую достоверность разницы средних величин, включающих продолжительность лечения пациента в стационаре при использовании стандартной (традиционной) и предлагаемых нами методов терапии, среднюю продолжительность временной нетрудоспособности и среднюю продолжительность